**КАРТКА ЗАХОДУ**

*Симуляційний тренінг*

**БПР МЕДИЧНИХ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Назва заходу БПР | **Дуплексне сканування артерій і вен нижніх кінцівок** |
| 1. Назва Провайдера (з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань) | **ГО «Українська асоціація фахівців ультразвукової діагностики»** |
| 1. Співорганізатори заходу | **ГО «Українська асоціація фахівців ультразвукової діагностики»** |
| 1. Цільова аудиторія (відповідно до Номенклатури лікарських спеціальностей) | **Лікарі УЗД та функціональної діагностики, лікарі загальної практики, хірурги, судинні хірурги, кардіологи, терапевти** |
| 1. Вид заходу БПР | **Симуляційний тренінг** |
| 1. Запланована кількість учасників | **12** |
| 1. Мета навчання | **Освоєння практичних навичок дослідження судин кінцівок** |
| 1. Метод / методи навчання | **Персональна участь лікарів** |
| 1. Кількість балів БПР | **25** |
| 1. Дата заходу БПР | **13-14 серпня 2022 року** |
| 1. Місце проведення заходу БПР (повна адреса) | **Клініка "AVICENA" Хмельницьке шосе, 19а, м. Кам'янець-Подільський, Хмельницька область, Україна 32305** |
| 1. Прізвище, ім’я та по батькові лектора/тренера | **Ковалевська Оксана Анатоліївна**  **Зеленська Алла Володимирівна** |
| 1. Резюме лектора/тренера | **Ковалевська О.А., канд.мед.наук, лікар УНПЦ ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України**  **Зеленська А.В., канд.мед.наук, головний лікар клініки Авіцена** |
| 1. Програма заходу БПР | * **Нормальна ультразвукова анатомія та методика дослідження артерій і вен нижніх кінцівок** * **Сегментарна оцінка гемодинаміки в судинах нижніх кінцівок** * **Атеросклеротичне ураження артерій нижніх кінцівок – від початкових змін до оклюзій** * **Варикозна хвороба великої підшкірної вени, поширення рефлюксу в басейні ВПВ** * **Варикозна хвороба малої підшкірної вени, поширення рефлюксу в басейні МПВ** |
| 1. Опис вимог рівня знань, володіння темою, навичок, досвіду учасників до моменту реєстрації на даний захід (за потреби) | **Базове володіння УЗД** |
| 1. Технічна підтримка (так/ні?). *У разі якщо під час проведення заходу БПР з оволодіння певними практичними навичками планується використання медичних виробів, які надані дистриб’ютором, Провайдер розміщує копію угоди, в якій зазначено шляхи недопущення виникнення потенційного конфлікту інтересів та заборону використання торгової назви медичного виробу* | **ні** |
| 1. Методи оцінювання набутих знань | **Тестування по темам лекцій** |
| 1. Код заходу БПР (*Реєстраційний номер заходу БПР вноситься після присвоєння Адміністратором*) |  |

**КАРТКА ЗАХОДУ**

(*наукова конференція, науково-практична конференція, конгрес, з'їзд, симпозіум*)

**БПР МЕДИЧНИХ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Назва заходу БПР |  |
| 1. Назва Провайдера (з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб – підприємців та громадських формувань) |  |
| 1. Виконавець/виконавці заходу |  |
| 1. Цільова аудиторія (відповідно до Номенклатури лікарських спеціальностей) |  |
| 1. Вид заходу БПР |  |
| 1. Запланована кількість учасників |  |
| 1. Організаційний комітет |  |
| 1. Резолюція заходу |  |
| 1. Мета заходу |  |
| 1. Форма заходу |  |
| 1. Кількість балів БПР |  |
| 1. Дата заходу БПР |  |
| 1. Місце проведення заходу БПР (повна адреса) |  |
| 1. Прізвище, ім’я та по батькові доповідачів |  |
| 1. Резюме доповідачів |  |
| 1. Програма заходу БПР |  |
| 1. Опис вимог рівня знань, володіння темою, навичок, досвіду учасників до моменту реєстрації на даний захід (за потреби) |  |
| 1. Код заходу БПР (*Реєстраційний номер заходу БПР вноситься після присвоєння Адміністратором*) |  |